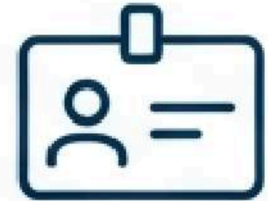
Der kardiologische Notfall: Von der Anamnese zur strukturierten Patientenvorstellung

Ein fallbasiertes Praxisbeispiel zur systematischen Befunderhebung und ärztlichen Kommunikation beim Akuten Koronarsyndrom (ACS).

NotebookLM

Profil des Patienten: Herr Philipp Kea



Name: Philipp Kea



Alter: 59 Jahre (Geb. 11.11.1965)



Biometrie: 1,90 m / 90 kg (BMI: ~24,9 - Normalgewicht)



Beruf: Mathelehrer



Zivilstand: Verheiratet (eine 25-jährige Tochter, Jurastudentin)

NotebookLM

Akuter, retrosternaler Thoraxschmerz führt zur Notaufnahme

Plötzlich so einen dumpfen, drückenden Schmerz hier hinter dem Brustbein.



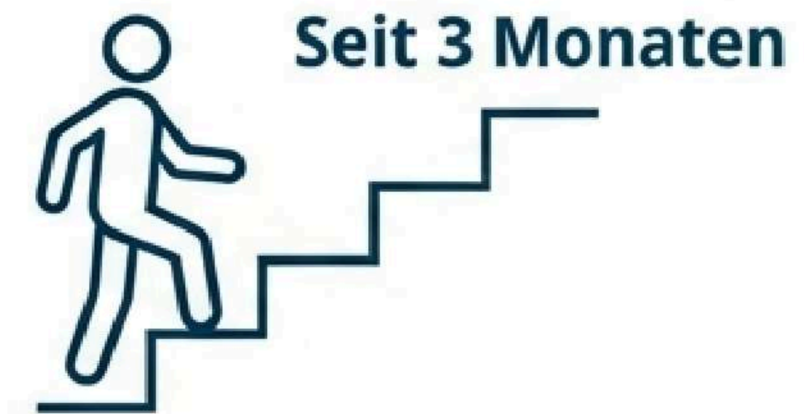


- **Vorstellungsanlass:** Akut aufgetretene, retrosternale Brustschmerzen.
- **Dauer:** Seit ca. 2 Stunden anhaltend.
- **Auslöser:** Auftreten in Ruhe (nach dem Frühstück).

NotebookLM

Präzise Schmerzanalyse deckt eine typische Angina Pectoris auf





Milde, belastungsabhängige Schmerzen

Lokalisation:
Retrosternal (keine Ausstrahlung).

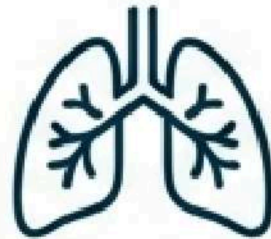
Charakter: Dumpf und drückend (nicht stechend oder brennend).

Intensität (NRS): Initial 6/10, aktuell 3–4/10 in Ruhe.

Dynamik (Verlauf): Akute Verschlechterung. Seit 3 Monaten bereits bekannte, milde belastungsabhängige Schmerzen (z.B. beim Treppensteigen in die 2. Etage).

NotebookLM

Begleitsymptome bestätigen den kardialen Verdacht



Kardiopulmonal
Dyspnoe
(Patient: schlechte Luft)



Vegetativ
Hyperhidrosis
(Patient: kalt geschwitzt)



Gastrointestinal
Übelkeit ohne Erbrechen



Psychologisch / Allgemein
Ausgeprägte Todesangst und Fatigue
(nicht völlige Erschöpfung)

NotebookLM

Vorbestehende metabolische und kardiovaskuläre Erkrankungen



Arterielle Hypertonie
Seit 15 Jahren (nur unregelmäßig in der Praxis kontrolliert).



Hypercholesterinämie
Seit 10 Jahren bekannt.



Chronischer Husten
Seit >20 Jahren (meist trocken, gelegentlich Sputum).



Zustand nach (Z.n.) Operation
Rechte Beinfraktur im Alter von 12 Jahren (Fußballunfall, komplikationslos verheilt).

NotebookLM

Tägliche Dauermedikation und eine kritische Nahrungsmittelallergie

Dauermedikation

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Ramipril 5 mg	✓ 1	0	0	0
Simvastatin 40 mg	0	0	✓ 1	0



ALLERGIE WARNUNG

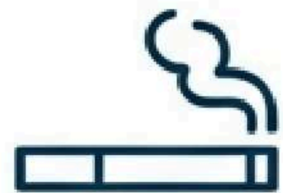
Erdnussallergie

Führt zu Mundschwellung und akuter Atemnot!

NotebookLM

Lebensstilfaktoren zeigen ein deutliches kardiologisches Risikoprofil

Noxen (Lebensstil)



Nikotin: 3 Zigaretten/Tag seit 30 Jahren.



Alkohol: 1 Glas Wein, 1-2x pro Woche.



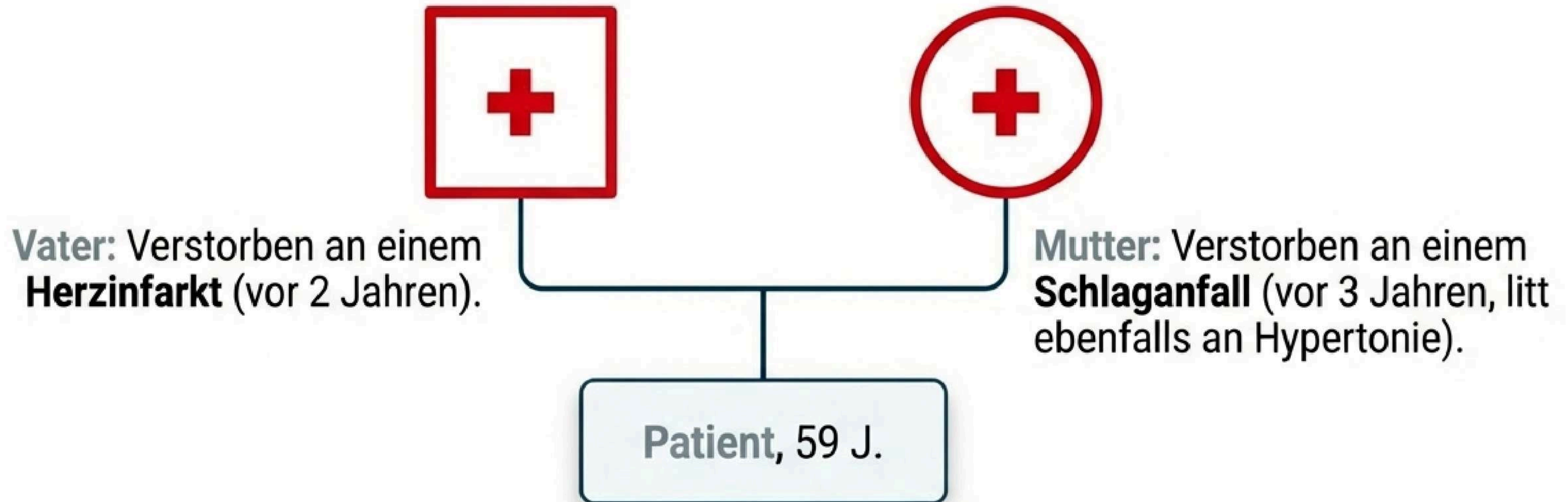
Drogen: Verneint.

CVRF (Kardiovaskuläre Risikofaktoren) Scorecard

- ✓ **Arterielle Hypertonie**
- ✓ **Hypercholesterinämie**
- ✓ **Nikotinabusus**
- ✓ **Männliches Geschlecht**
- ✓ **Alter (>55)**

NotebookLM

Höchste genetische Vorbelastung durch beide Elternteile



Klinische Relevanz: Massive erbliche Disposition für kardiovaskuläre Ereignisse prägt das Risikoprofil des Patienten.

NotebookLM

Verdacht auf Akutes Koronarsyndrom bei multiplen Risikofaktoren

Zusammenfassung: 59-jähriger Patient mit multiplen CVRF präsentiert sich mit akutem, retrosternalem Druckschmerz in Ruhe, begleitet von Dyspnoe, Hyperhidrosis und Todesangst. Vorbekannte Belastungsangina seit 3 Monaten.

Verdachtsdiagnose (VD): Akutes Koronarsyndrom (ACS)

- Lungenembolie
- Aortendissektion
- Gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD)

NotebookLM

Apparative Sofortmaßnahmen unterbrechen das Aufnahmegespräch

1

Gesprächspause

Anamnese für Akutmaßnahmen kurz unterbrochen.



2

EKG

Schreiben eines 12-Kanal-EKGs zur Ischämiediagnostik.



3

Zugang

Anlage eines großlumigen venösen Zugangs.



4

Blutentnahme

Herz-Enzyme (Troponin, CK-MB), Nieren-/Leberwerte, Blutbild, Gerinnung.



5

Vitalparameter

Kontinuierliche Überwachung.

NotebookLM

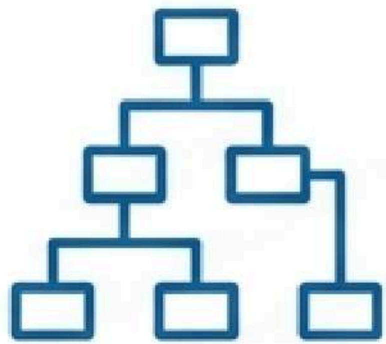
Das MONA-BH Schema leitet die akute Therapie auf der Intensivstation

Stationäre Aufnahme: Intensivstation mit Monitoring & Kardiologisches Konsil (Echokardiographie).

M	**Morphin** (Analgesie)
O	**Oxygen** (Sauerstoffgabe bei Bedarf)
N	**Nitroglycerin** (Gefäßerweiterung)
A -	**ASS + Heparin** (Thrombozytenaggregation/Antikoagulation)
B	**Betablocker** (Sekundärprävention)
BH	**Betablocker** (Sekundärprävention)

NotebookLM

Kernprinzipien für eine souveräne klinische Fallvorstellung



1. Struktur wahren

Konsequent dem Arztbrief-Format folgen (Anamnese -> Vorerkrankungen -> Noxen -> Diagnose).



2. Red Flags priorisieren

Die starke Familienanamnese und die multiplen CVRF sofort in den Fokus rücken.



3. Patientensprache übersetzen

Subjektive Ängste des Patienten (kalt geschwitzt) konsequent in objektive Befunde (Hyperhidrosis) übersetzen.



4. Präzision bei ACS

Schmerzdauer, Ausstrahlung und Charakter (dumpf/drückend vs. stechend) sind das diagnostische Herzstück.

NotebookLM